



Włocławek, dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

## OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością z Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025,

Oświadczam, że osoba wskazana przeze mnie do pełnienia w/w usług:

Imię i nazwisko:: .....

Adres:.....

Telefon.....

E-mail.....

1) nie jest członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością<sup>1</sup>, nie jest opiekunem osoby z niepełnosprawnością<sup>2</sup>, nie jest osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością;

2) jest przygotowana do realizacji usług opieki wytchnieniowej.

.....  
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

<sup>1</sup> Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny osoby z niepełnosprawnością uznaje się wstępnych oraz zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z osobą z niepełnosprawnością.

<sup>2</sup> Za opiekuna osoby z niepełnosprawnością uznaje się opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z w/w orzeczeniem oraz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności, w tym opiekuna sprawującego opiekę w ramach rodziny zastępczej i rodzinnego domu dziecka.

